



**DEMANDE DE
REMBOURSEMENT DES
FRAIS DES MEMBRES
DES SECTIONS LOCALES**

COORDONNÉES DU MEMBRE (caractères d'imprimerie)

Nom : _____ N.A.S./Carte d'identité : _____ Section locale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone: (domicile) _____ Téléphone: (bureau) _____

DATE	EXPLICATION/RAISON DE LA DEMANDE Décrire l'activité syndicale à laquelle vous avez participé	SALAIRE Temps libre	DÉPLACEMENTS		REPAS				FAMILY CARE			HÔTEL/ TÉL.	FRAIS DIVERS Stationnement, etc.	REÇUS JOINTS		RÉSERVÉ À L'USAGE DU TRÉSORIER	
			Km parcourus : 40¢/km	Total	Dé 11\$	Dî 16\$	So 26\$	Total	De (heure)	À (heure)	Mon- tant (total)			OUI	NON		

Total + + + + =

Moins les avances

Solde dû au membre (remboursement à la section locale)

Cet état des frais de déplacement doit être rempli en entier. Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

Autorisé par le comité exécutif de la section locale : _____

Paiement approuvé par : _____

Signature _____

Date _____

20 _____

Chèque n° _____

Généralités

1. Ce formulaire doit être signé par l'auteur de la demande de remboursement et doit être accompagné des reçus originaux nécessaires (par ex. la carte d'embarquement du vol utilisé, la facture de l'hôtel/reçu). Les détails des dépenses devraient être indiquées sur une liste de façon chronologique et devraient comprendre une brève description du motif pour lequel ou de la raison pour laquelle cette dépense a été effectuée.
2. Les demandes de remboursement doivent être soumises au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la dernière date pour laquelle les dépenses sont réclamées et doivent être accompagnées par le remboursement de l'acompte sur dépenses non utilisé s'il y a lieu.
3. Tout acompte sur dépenses que vous avez reçu devrait être déduit du total des dépenses afin de parvenir à la parité avec la somme qui vous est due par le SEFPO ou que vous devez au SEFPO.

Frais de transport

- (a) Un membre sera remboursé pour le coût réel qu'il a encouru pour le transport par les transports en commun. Conformément à la politique du syndicat, le moyen de transport le plus économique devrait être utilisé par les membres.
- (b) La location d'automobiles doit faire l'objet d'une approbation préalable par le vice-président et trésorier du SEFPO.
- (c) Si un membre est dans l'obligation d'utiliser son véhicule de transport personnel privé, il ou elle peut faire une demande de remboursement des frais de transport au taux actuel. La distance totale du parcours et les points de destination doivent être indiqués sur le formulaire de demande de remboursement de ces dépenses.
- (d) Aucun remboursement ne sera fait pour toute dépense encourue sans avoir obtenu une autorisation préalable pour celle-ci lorsque cela est requis.
- (e)

Taux au km		Nom du/des passager(s)	N° de la section locale :
Seul	45 ¢	_____	_____
1 passager	50 ¢	_____	_____
2 passagers	55 ¢	_____	_____
3 passagers	60 ¢	_____	_____
4 passagers	65 ¢	_____	_____

Remboursement de leur propre temps/salaire

- (a) Leur propre temps pour l'événement, des journées de congé au lieu du paiement des heures, des crédits de congés accumulés ou des journées de congés payés seront remboursés aux membres. Leur propre temps ne sera pas remboursé pour une journée non rémunérée. Les demandes de remboursement pour temps propre doivent être accompagnées de justificatifs confirmant le type de crédit utilisé par le membre.

- (b) Les demandes de remboursement pour perte de salaire doivent être accompagnées des justificatifs confirmant les détails au sujet du congé pris sans solde pour l'événement visé.
- (c) Les travailleurs de quarts de travail doivent indiquer les heures exactes de leur quart pour lesquelles ils subissent une perte de salaire afin de pouvoir calculer correctement leur salaire ou droit aux allocations de garde d'enfant.

Veillez noter que les acomptes sur dépenses ne sont pas déduits du salaire ou du temps propre utilisé.

Frais de logement

- (a) Si un membre se trouve à l'extérieur de la ville pour le compte du syndicat et s'il doit y séjourner jusqu'au lendemain, ce membre a droit au remboursement des coûts encourus pour se loger.
- (b) Le remboursement ne sera pris en compte que pour les frais d'hôtel, de chambre, les taxes et les frais de téléphone pour les affaires syndicales ou tout autres frais permis aux termes de la politique de remboursement des dépenses. Tous les autres frais apparaissant sur la facture de l'hôtel seront déduits de la somme remboursée.

Frais de repas

- (a) Si un membre ou un représentant du syndicat est en mission approuvée par le syndicat, il ou elle peut avoir droit au remboursement des coûts encourus pour les repas qu'il ou elle prend au tarif maximum.

Frais pour garde d'enfants ou soins d'aînés ou de personnes à charge

Les membres ont droit au remboursement de coûts raisonnables pour des soins à un membre de la famille/une personne à charge fournis par quelqu'un d'autre que son/sa partenaire/conjoint(e) en raison de l'absence du membre de son domicile due à la participation à des activités syndicales. Une telle allocation ne vise pas à rembourser l'auteur de la demande des dépenses des personnes à charge/membres de la famille que cette personne aurait encouru dans le cours normal de ses activités quotidiennes au travail sauf dans le cas où l'absence du membre dépasse la journée ou la semaine normale de travail.

Les frais pour soins à un membre de la famille/ dispensés par une personne aidant le membre vont être remboursés au tarif de 6,00 \$ de l'heure jusqu'à une durée maximum de 12 heures. Le tarif pour la nuitée est de 40,00 \$ jusqu'à un maximum de 112,00 \$ par période de 24 heures et le justificatif doit être signé par le fournisseur des soins. Veuillez préciser les heures.

Les membres qui emmènent leurs enfants aux événements du syndicat auront droit aux frais de logement pour une personne ainsi qu'aux dépenses pour les repas. Les demandes pour ce type de dépenses devraient être incluses aussi dans la colonne des frais encourus pour soins à la famille du formulaire et décrits de façon appropriée.

Frais pour garde d'enfants ou soins à la famille (Veuillez remplir pour tous les membres de la famille)

Fournisseur de soins

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature du fournisseur de soins _____

Attestation de confirmation par le membre : J'atteste par les présentes que sans les soins à la famille ci-dessus j'aurais été incapable de participer à cette activité du SEFPO.

Signature _____

Enfants

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Important : veuillez remplir les demandes de frais pour garde d'enfants ou soins à la famille